



Boletín Epidemiológico Institucional
Año 2025

Enfermedad de **CHAGAS** **2025**

Primer trimestre 2025
Semana Epidemiológica 1 a 13



ALCALDÍA DE SANTA MARTA
Distrito Turístico, Cultural e Histórico



**E.S.E ALEJANDRO
PRÓSPERO
REVEREND**
SANTA MARTA D.T.C.H.

Vigilado



Supersalud

Tema Central:

Enfermedad de Chagas

Eventos relevantes:

Dengue

Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia (APTR)

Vigilancia en Salud Pública de Violencia de género e Intrafamiliar

Indicadores Trazadores:

Razón de Mortalidad Materna

Razón de mortalidad perinatal

Tasa de mortalidad intrahospitalaria >48 horas

Tasa global de infecciones intrahospitalarias

Oportunidad en la notificación

Cumplimiento de notificación

Alertas Epidemiológicas:

Fiebre Amarilla en la Región de las Américas (OPS, 26 de marzo de 2025)

Sarampión en la Región de las Américas (OPS, 28 de febrero de 2025)

Riesgo de brotes de dengue por mayor circulación del serotipo DENV-3
(OPS, 7 de febrero de 2025)

El **Boletín Epidemiológico Institucional BEI** de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados y notificados en las diferentes unidades de prestación de servicios de salud UPSS de la institución. Tiene en cuenta los acumulados semanales y los promedios históricos. Las cifras que publica el BEI de casos y de muertes están siempre sujetos a verificación o estudio según correspondan.

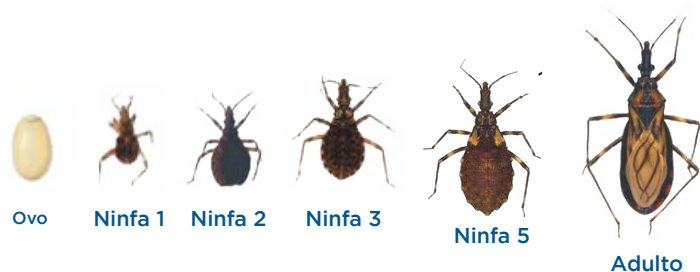
Tema Central:

Enfermedad de Chagas 2025

Manuel K. Molina – manuel.molina@esealprorev.gov.co

La enfermedad de Chagas, también denominada tripanosomiasis americana, es una zoonosis parasitaria causada por *Trypanosoma cruzi*, transmitida principalmente por insectos vectores de la subfamilia Triatominae (Véase gráfico 1). La transmisión ocurre mediante el contacto de mucosas o piel lesionada con las heces del insecto infectado. También se reconocen otras vías de transmisión relevantes como la transfusión de sangre, el trasplante de órganos, la transmisión vertical de madre a hijo y la vía oral por alimentos contaminados (1,2). Su curso clínico incluye una fase aguda que puede pasar inadvertida o con síntomas inespecíficos como fiebre y malestar, y una fase crónica que puede mantenerse asintomática o evolucionar hacia formas cardíacas, digestivas o neurológicas en un porcentaje significativo de los infectados (3).

Gráfico 1. Insectos Vectores para la Enfermedad de Chagas en Colombia, ciclo de vida de *Rhodnius prolixus*



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025p-Láminario Ministerio de Salud y Protección Social 2012-Grupo de entomología INS

Se estima que entre 6 y 7 millones de personas están infectadas en el mundo, principalmente en América Latina, aunque la enfermedad se ha extendido a más de 44 países debido a la migración internacional, incluyendo regiones no endémicas como Norteamérica, Europa, Asia y Oceanía (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la enfermedad causa unas 12.000 muertes anuales, la mayoría asociadas a cardiopatías chagásicas no diagnosticadas (1,3).

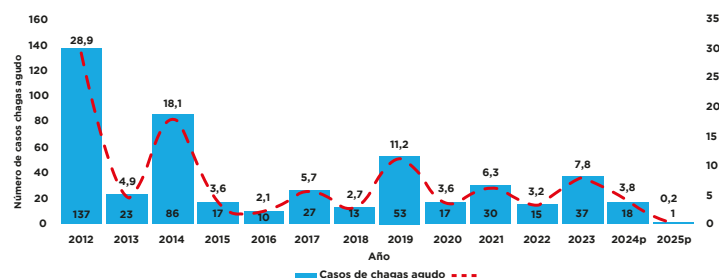
Gráfico 2. Signo de Romaña



Fuente: <https://fmedic.org/maladie-de-chagas-symptomes-causes-et-traitement>

En Colombia, se calcula que alrededor de 437.000 personas viven con la infección y al menos 5 millones están en riesgo de adquirirla. Los departamentos con mayor carga histórica incluyen Casanare, Meta, Arauca, Boyacá y Santander, aunque existen focos activos en otras regiones del país, incluyendo la región Caribe (4,5).

Gráfico 3. Tendencia de casos confirmados de Enfermedad de Chagas agudo, Colombia 2012 - PE II 2025p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, SIVIGILA, 2025p.

El Plan Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas 2021-2030 establece metas de eliminación de la transmisión vertical y control vectorial en áreas priorizadas, lo cual implica el fortalecimiento del tamizaje serológico, la notificación oportuna de casos, la vigilancia activa en mujeres gestantes y neonatos, así como la coordinación intersectorial para el control ambiental (5). La E.S.E. Alejandro Próspero Reverend, como entidad pública prestadora de servicios de salud en el Distrito de Santa Marta, tiene dentro de su área de influencia comunidades rurales e indígenas que presentan factores de riesgo estructurales y ambientales para la persistencia del ciclo vectorial.

Investigaciones recientes en la Sierra Nevada de Santa Marta han documentado seroprevalencias entre el 24,9 % y el 52,8 % en adultos indígenas Wiwa, lo que confirma una circulación activa de *T. cruzi* en comunidades rurales y aisladas (6). Estas cifras alertan sobre la necesidad de incorporar enfoques diferenciales en vigilancia epidemiológica, control prenatal, seguimiento del recién nacido expuesto, así como fortalecimiento de capacidades diagnósticas y terapéuticas en el primer nivel de atención.

Durante el año 2024 y lo corrido del 2025, no se han reportado casos confirmados de enfermedad de Chagas en la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend, de acuerdo con la información consolidada en el sistema SIVIGILA. Sin embargo, esta ausencia de notificación no debe interpretarse como la eliminación del riesgo, ya que se reconocen limitaciones en la captación de casos, especialmente en áreas de difícil acceso y en población con baja demanda de servicios de salud. Por ello, se requiere mantener las acciones de vigilancia activa, especialmente en población gestante y comunidades rurales.

Desde el componente clínico-asistencial, es indispensable que el personal médico, de enfermería y laboratorio identifique oportunamente a pacientes con sintomatología compatible, realice la toma de muestras y complete adecuadamente la notificación al SIVIGILA. En particular, debe priorizarse el tamizaje en gestantes procedentes de zonas endémicas, realizar el seguimiento serológico a sus hijos durante el primer año de vida, e iniciar el tratamiento antiparasitario oportuno según los protocolos vigentes. La eficacia del tratamiento es mayor en fases tempranas, especialmente en población infantil, aunque también está indicado en adultos sin daño avanzado documentado (3,5).

El control del vector debe coordinarse con los programas de salud ambiental mediante acciones de inspección, rociado intradomiciliario y mejoramiento de las condiciones de vivienda en comunidades priorizadas.

En lo administrativo, la E.S.E. continúa fortaleciendo la articulación entre los servicios clínicos, la vigilancia epidemiológica, la red laboratorial y el equipo extramural, garantizando la disponibilidad de insumos para tamizaje, recursos para actividades de promoción y educación comunitaria, y el aseguramiento del tratamiento antiparasitario a través de las rutas definidas. La información generada debe retroalimentar el análisis de riesgo en los corregimientos con antecedentes de infestación vectorial o concentración de población indígena y migrante, para así implementar intervenciones preventivas focalizadas.

- La presencia comprobada del parásito en comunidades indígenas de la Sierra Nevada refuerza la necesidad de fortalecer las capacidades locales para vigilancia activa, diagnóstico, tratamiento y educación en salud.
- Garantizar el seguimiento clínico y laboratorial del binomio madre-hijo en casos sospechosos o confirmados.
- Promover campañas educativas sobre modos de transmisión, prevención y síntomas, dirigidas a población en riesgo, incluyendo comunidades indígenas.
- Capacitación al personal asistencial en el reconocimiento de casos agudos y sospecha de reactivación.
- Participar en la articulación con salud ambiental de la Secretaría de Salud Distrital en la vigilancia entomológica y las acciones de control vectorial en zonas rurales
- Asegurar el acceso al tratamiento antiparasitario, priorizando los grupos vulnerables según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Conclusiones

- La enfermedad de Chagas representa una amenaza silenciosa y persistente, con alta carga de enfermedad en zonas rurales y vulnerables, incluyendo territorios del área de influencia de la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend
- El abordaje debe ser integral, con énfasis en la detección precoz, la prevención de la transmisión vertical y vectorial, el acceso oportuno al tratamiento antiparasitario y el seguimiento clínico de los casos crónicos.
- La presencia comprobada del parásito en comunidades indígenas de la Sierra Nevada refuerza la necesidad de fortalecer las capacidades locales para vigilancia activa, diagnóstico, tratamiento y educación en salud.
- Fortalecer la vigilancia activa de la enfermedad de Chagas mediante el tamizaje serológico en población gestante con factores de riesgo epidemiológico.

Referencias

- World Health Organization. Chagas disease (American trypanosomiasis). Fact sheet. 2024. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis))
- Pan American Health Organization. Chagas disease. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/chagas-disease>
- Bern C, Messenger LA, Whitman JD, Maguire JH. Chagas disease in the United States: a public health approach. Clin Microbiol Rev. 2020;33(1):e00023-19.
- Saldarriaga OA, Caro LF, Jiménez-Echeverri DF, et al. High Trypanosoma cruzi seroprevalence in the Wiwa indigenous population from Colombia. Microorganisms. 2022;10(7):1427.
- Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana 52 de 2023. Bogotá: INS; 2024
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas 2021-2030. Bogotá: MinSalud; 2021.



Eventos Relevantes

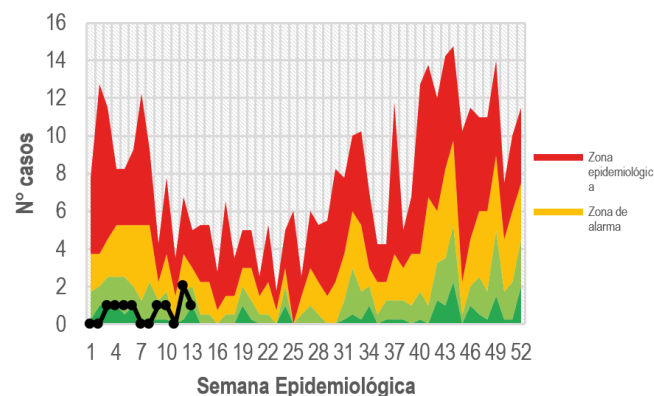
1º trimestre 2025

Manuel K. Molina – manuel.molina@esealprorev.gov.co

Dengue

Durante el primer trimestre de 2025, que comprende desde la semana 1 a la semana 13, se notificaron 11 casos de los cuales 8 fueron confirmados por laboratorio, 2 casos fueron descartados y 1 caso probable. Entre los casos confirmados, 7 (87,5%) de estos casos fueron clasificados como Dengue sin signos de alarma. El 62,5% (n = 5) de los casos fueron reportados en la clínica La Castellana.

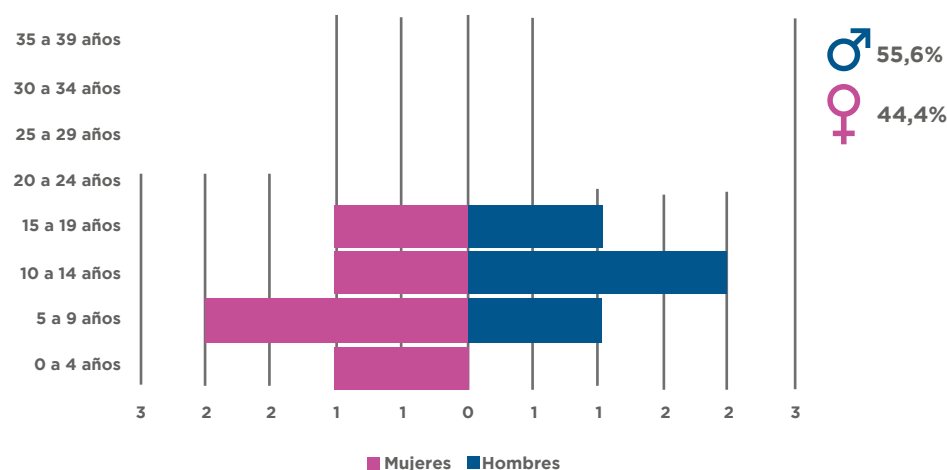
Gráfico 4. Canal endémico Dengue – E.S.E. Alejandro Prospero Reverend SE 13, 2025.



Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila correspondiente a las notificaciones del evento en la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend

Durante las primeras 13 semanas epidemiológicas del año 2024, el comportamiento semanal de los casos, representado por la línea negra en el canal endémico, se ha mantenido dentro de las zonas de éxito (verde oscuro) y de seguridad (verde claro). A excepción de la semana 12, no se registran semanas en las que el número de casos haya ingresado a la zona de alarma (naranja) ni a la zona epidémica (rojo) en estos periodos (véase gráfico 4).

Gráfico 5. Distribución de casos de Dengue por sexo y grupo etario, E.S.E. Alejandro Prospero Reverend SE 13, 2025.



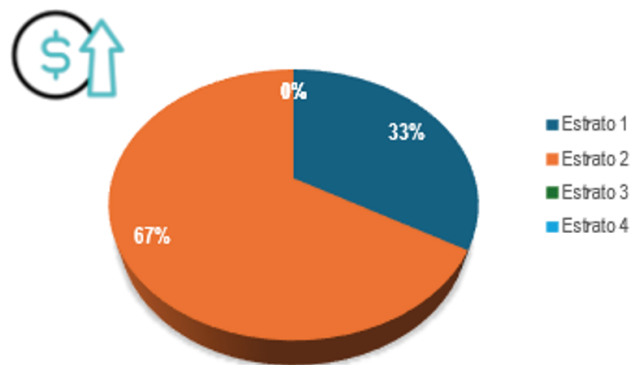
Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila correspondiente a las notificaciones del evento en la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend

Según la distribución por sexo, el 55,6% de los casos de Dengue corresponde a mujeres, mientras que el 44,4% corresponde a hombres. Esto refleja una mayor proporción de casos reportados en población femenina.

En relación con la distribución por grupos etarios, los casos se concentran en menores de 20 años. En las mujeres, los grupos con mayor número de casos son los de 5 a 9 años y 10 a 14 años, seguidos por el grupo de 0 a 4 años. En los hombres, el grupo más afectado es el de 10 a 14 años, seguido por los de 15 a 19 años y 5 a 9 años. No se reportan casos en personas mayores de 30 años. Véase gráfico 5.

Según el estrato socioeconómico, el 67% de los casos de Dengue se presenta en personas pertenecientes al estrato 2, mientras que el 33% corresponde al estrato 1. No se reportan casos en los estratos 3 ni 4. Véase gráfico 6.

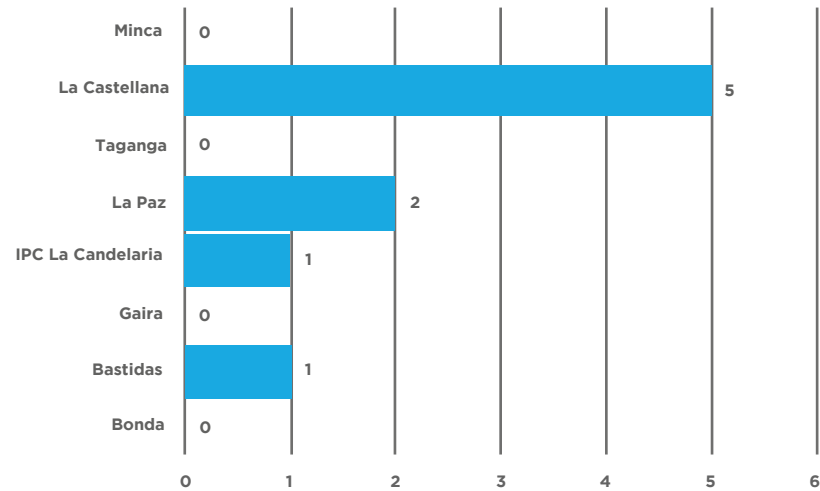
Gráfico 6. Distribución de casos de Dengue según su estrato socioeconómico, E.S.E. Alejandro Prospero Reverend SE 13, 2025..



Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila correspondiente a las notificaciones del evento en la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend

En relación con la distribución geográfica, los casos se concentran principalmente en el área de los Centros de salud La Castellana, que reporta 5 casos. Le sigue La Paz con 2 casos, mientras que IPC La Candelaria y Bastidas reportan 1 caso cada uno. Las demás zonas (Minca, Taganga, Gaira y Bonda) no presentan casos reportados en el periodo analizado. Véase gráfico 7.

Gráfico 7. Distribución de casos de Dengue según Centro de salud notificador, E.S.E. Alejandro Prospero Reverend SE 13, 2025.



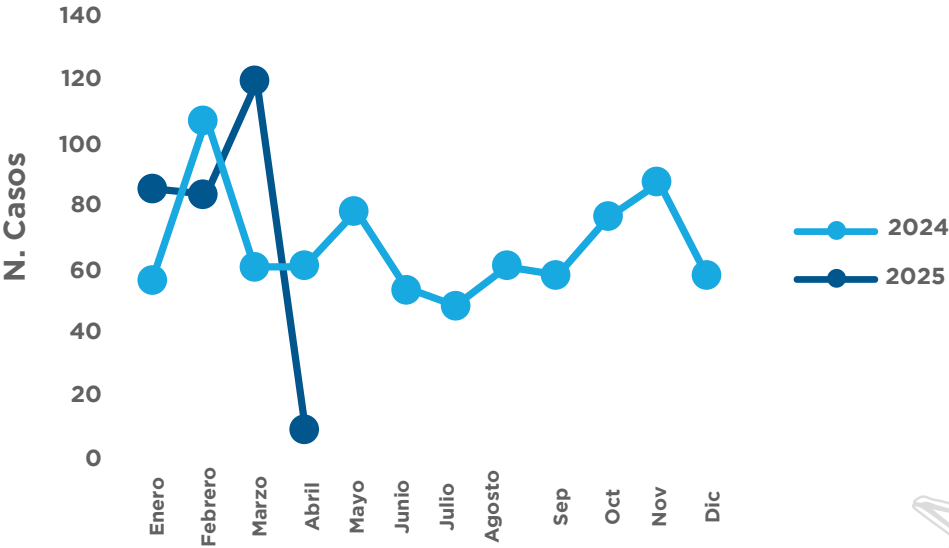
Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila correspondiente a las notificaciones del evento en la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend

Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia (APTR)

Durante el primer trimestre del año 2025 se notificaron 287 casos de agresión por animales potencialmente transmisores de rabia en el municipio. La distribución mensual fue la siguiente: enero con 85 casos, febrero con 83 casos y marzo con 119 casos, evidenciando un incremento progresivo mes a mes, con el mayor número de notificaciones concentrado en marzo.

En comparación con el mismo periodo del año 2024, se reportaron 222 casos acumulados en el primer trimestre de ese año (enero: 56; febrero: 106; marzo: 60), lo que representa un incremento del 29,3% en las notificaciones durante 2025 (ver gráfico 8).

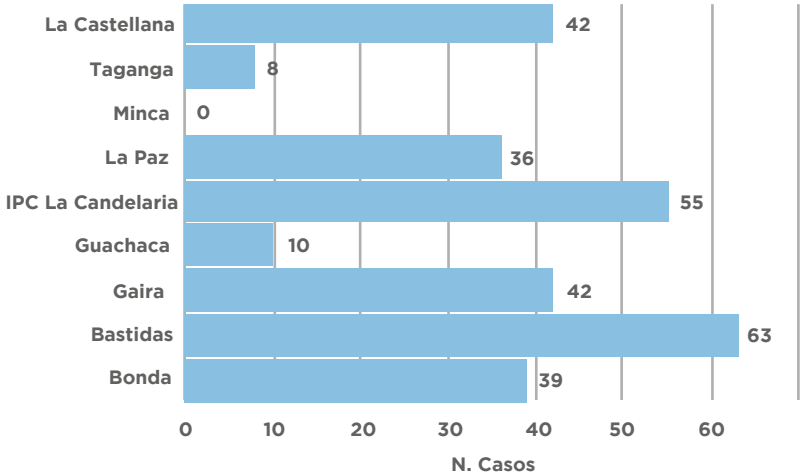
Gráfico 8. Frecuencia de casos de APTR, E.S.E. Alejandro Prospero Reverend SE 13, 2025..



Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila correspondiente a las notificaciones del evento en la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend

La mayor concentración de notificaciones se observó en Bastidas, IPC La Candelaria, La Castellana y Gaira, que en conjunto aportaron el 70,7 % del total de casos acumulados en el trimestre. A estas unidades le siguieron Bonda con 39 casos, La Paz con 36, Guachaca con 10, Taganga con 8 y Minca, que no reportó casos durante el periodo analizado.

Gráfico 9. Distribución de casos de APTR según Centro de salud notificador, E.S.E. Alejandro Prospero Reverend SE 13, 2025.

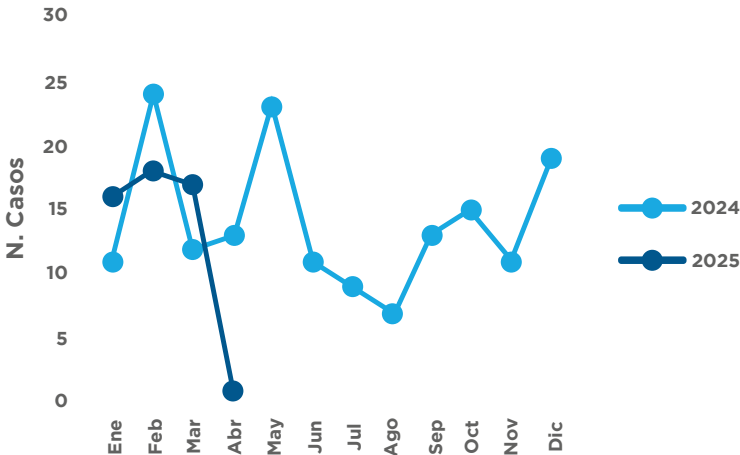


Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila correspondiente a las notificaciones del evento en la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend

Vigilancia en Salud Pública de violencia De género e Intrafamiliar

Durante el primer trimestre de 2025 se notificaron 51 casos de violencia de género e intrafamiliar, distribuidos así: enero con 16 casos, febrero con 18 casos y marzo con 17 casos. El comportamiento mensual presentó una distribución relativamente estable, con una ligera disminución en marzo. En comparación con el mismo periodo del año 2024, en el que se registraron 47 casos, se observa un leve incremento en el número total de notificaciones. La tendencia en 2025 se ha mantenido por encima de los registros del año anterior en los tres primeros meses. Para el mes de abril de 2025, se notificó un solo caso.

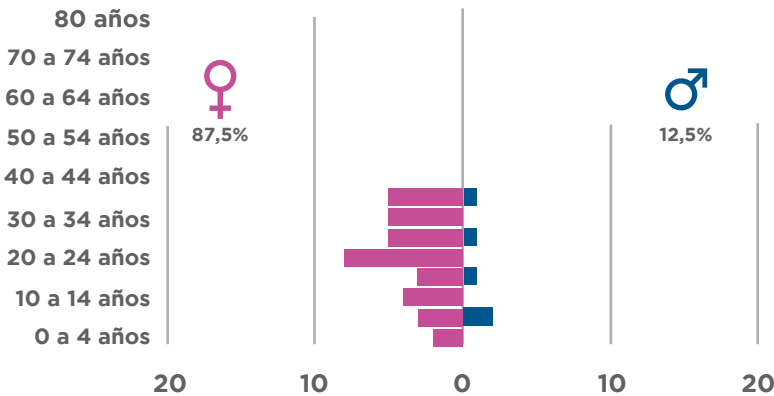
Gráfico 10. Comparativo de la frecuencia de casos reportados como violencia de género e intrafamiliar, E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, 2024 a SE 13, 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila correspondiente a las notificaciones del evento en la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend

La mayor proporción de los casos reportados en el primer trimestre de 2025 corresponde al sexo femenino, representando el 87,5 % del total, mientras que los hombres corresponden al 12,5 %. Los grupos etarios con mayor número de notificaciones fueron los comprendidos entre 20 a 24 años, 25 a 34 años, y 10 a 19 años, siendo las mujeres adultas jóvenes el grupo predominante en las notificaciones. Los casos en hombres fueron esporádicos y distribuidos principalmente entre los 5 y 14 años, y en adultos mayores de 75 años. No se reportaron casos en mujeres menores de 5 años ni mayores de 70 años.

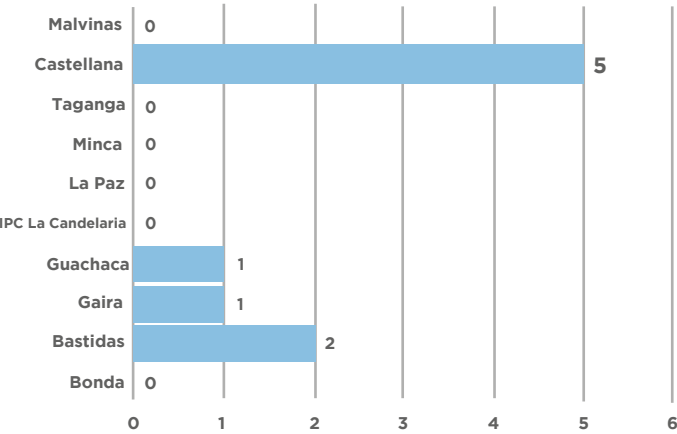
Gráfico 11. Distribución de casos de violencia de género e intrafamiliar por sexo y grupo etario, E.S.E. Alejandro Prospero Reverend SE 13, 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila correspondiente a las notificaciones del evento en la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend

En cuanto a la procedencia de las notificaciones, los casos fueron reportados principalmente por la UPSS La Castellana, con 5 casos acumulados en el primer trimestre. Le siguen Bastidas con 2 casos, y Gaira y Guachaca con un caso cada una. El resto de las unidades prestadoras (Malvinas, Taganga, Minca, La Paz, IPC La Candelaria y Bonda) no reportaron casos durante el periodo analizado.

Gráfico 12. Distribución de casos de Violencia de género e intrafamiliar según Centro de salud notificador, E.S.E. Alejandro Prospero Reverend SE 13, 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila correspondiente a las notificaciones del evento en la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend

Indicadores Trazadores 1º trimestre 2025

Manuel K. Molina – manuel.molina@esealprorev.gov.co

Durante el primer trimestre de 2025 se analizaron los principales indicadores trazadores epidemiológicos institucionales, con el objetivo de evaluar el comportamiento reciente de eventos centinela, prácticas de seguridad del paciente y cumplimiento de procesos de vigilancia en salud pública. Los resultados obtenidos en este periodo fueron comparados con los valores consolidados del año 2024 como línea base.

Tabla 1. Comparativo de Indicadores Trazadores Epidemiológicos Institucionales. 2024 vs. Primer Trimestre de 2025

INDICADOR	2024	2025 1º trimestre 2025
Razón de mortalidad materna	0	0
Razón de mortalidad perinatal (Aseguradas)	31,3%	0%
Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria 48hrs	0%	0%
Tasa Global de Infecciones Hospitalarias	0%	0%
Adherencia a estrategia lavado de manos	⚡ 78,0%	⬆ 87,0%
Oportunidad de notificación	⚡ 88,9%	⬆ 90,7%
Cumplimiento de notificación	⚡ 86,5%	⬆ 99,0%

Razón de mortalidad Materna

En el primer trimestre de 2025 no se registraron casos de mortalidad materna institucional, manteniéndose este indicador en una razón de 0 por cada 100.000 nacidos vivos, al igual que lo observado durante todo el año 2024. La estabilidad en este resultado indica que no se presentaron muertes asociadas al proceso gestacional o puerperal en la población atendida, sin embargo, por tratarse de un evento centinela, su vigilancia activa debe mantenerse permanente.

Razón de mortalidad perinatal en Población asegurada

En el periodo enero-marzo de 2025, la razón de mortalidad perinatal en población asegurada fue de 0 por práctica clave en la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. A pesar de esta mejora, el valor continúa por debajo del estándar internacional de referencia ($\geq 90\%$), por lo cual debe mantenerse el seguimiento, la educación continua y los procesos de retroalimentación al personal asistencial.

Tasa de mortalidad intrahospitalaria Mayor a 48 horas

Durante el primer trimestre de 2025 no se presentaron muertes hospitalarias en pacientes con más de 48 horas de estancia, resultando en una tasa de 0%, consistente con lo observado en el año 2024. Este indicador permite evaluar la ocurrencia de desenlaces fatales posiblemente relacionados con complicaciones intrahospitalarias o fallas en el manejo clínico, por lo cual su mantenimiento en cero representa un comportamiento favorable desde la perspectiva cuantitativa.

Tasa global de infecciones Hospitalarias

El valor de este indicador se mantuvo en 0% durante el primer trimestre de 2025, sin variación frente al valor registrado en 2024. La no detección de infecciones asociadas a la atención en salud puede estar vinculada a la aplicación efectiva de medidas de bioseguridad, sin embargo, también es necesario verificar que exista una búsqueda activa y vigilancia efectiva de este tipo de eventos, a fin de descartar subregistro o fallas en la identificación..

Adherencia a la estrategia de Lavado de manos

La adherencia a la estrategia de lavado de manos alcanzó un 87,0% en el primer trimestre de 2025, superior al valor reportado en 2024 (78,0%). Este aumento de 9 puntos porcentuales sugiere una mayor observancia de esta y mantenerse bajo vigilancia activa. El seguimiento acumulado durante los próximos trimestres permitirá establecer con mayor precisión las tendencias institucionales para el año en curso.

Oportunidad de notificación

Durante el primer trimestre de 2025, la oportunidad de notificación fue del 90,7%, con un incremento de 1,8 puntos porcentuales respecto al valor observado en 2024 (88,9%). Este indicador evalúa la proporción de eventos notificados dentro del plazo establecido en los protocolos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). La mejora observada puede estar relacionada con ajustes en los flujos de reporte, seguimiento y verificación interna, aunque el margen de mejora continúa vigente.

Cumplimiento de notificación

El cumplimiento de notificación en el primer trimestre de 2025 fue del 99,0%, reflejando un aumento de 12,5 puntos porcentuales en comparación con el 86,5% registrado durante el año 2024. Este valor se aproxima al cumplimiento total esperado, indicando que prácticamente todos los eventos obligatorios fueron notificados conforme al protocolo vigente. El mantenimiento de este nivel requiere continuidad en las estrategias de monitoreo, formación y auditoría interna del proceso de vigilancia.

Conclusión general

Los resultados del primer trimestre de 2025 muestran un comportamiento estable o mejorado en todos los indicadores trazadores analizados respecto al año 2024. Se evidencian avances en los procesos relacionados con la seguridad del paciente y el cumplimiento en la vigilancia en salud pública, particularmente en la adherencia al lavado de manos y en los niveles de notificación. La ausencia de eventos críticos en los indicadores de mortalidad materna, perinatal e infecciones nosocomiales debe interpretarse con cautela



1° trimestre 2025

Alertas EPIDEMIOLOGÍCAS

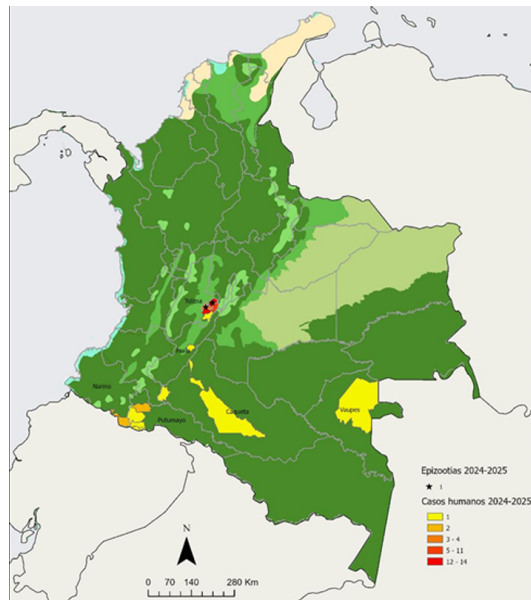
Manuel K. Molina – manuel.molina@esealprorev.gov.co

Fiebre amarilla en la Región De las Américas

(OPS, 26 de marzo de 2025)

Entre las semanas epidemiológicas 1 y 12 de 2025, se notificaron 131 casos confirmados de fiebre amarilla en la Región de las Américas, con 53 muertes. En Colombia, se confirmaron 31 casos, incluidos 13 fallecimientos. El brote en Tolima se concentró en población masculina con exposición a zonas selváticas y sin antecedentes de vacunación. La tasa de letalidad fue del 42,8 %, lo que evidencia la gravedad del evento (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2025a).

Gráfico 13. Casos humanos de fiebre amarilla y epizootias confirmadas por departamento. Colombia, 2024 hasta SE 11 del 2025.



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. (2025). Alerta epidemiológica: Fiebre amarilla en la Región de las Américas – 26 de marzo del 2025 [Figura 6]. OPS/OMS. <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-mar-26-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final-es.pdf>

El diagnóstico clínico debe sospecharse en todo paciente con fiebre aguda, ictericia o hemorragias, especialmente si ha estado en áreas selváticas. El diagnóstico de laboratorio incluye pruebas RT-PCR, ELISA-IgM y análisis histopatológico en fallecidos. Es relevante descartar infecciones por otros flavivirus como dengue y Zika. En la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend, aunque no se han reportado casos, se deben extremar medidas de prevención, detección oportuna y vacunación en población en riesgo, como trabajadores rurales y viajeros a zonas selváticas. Se debe mantener articulación con vigilancia en salud ambiental para el reporte de epizootias en primates no humanos.

Sarampión en la Región de las Américas

Hasta la semana epidemiológica 9 de 2025 se han reportado 268 casos confirmados de sarampión en las Américas, un incremento del 450 % frente al mismo periodo de 2024. Los casos se concentraron en Estados Unidos, Canadá, Argentina y México, incluyendo una defunción. La mayoría de los afectados eran mayores de 5 años y sin esquema completo de vacunación SRP (OPS, 2025b).

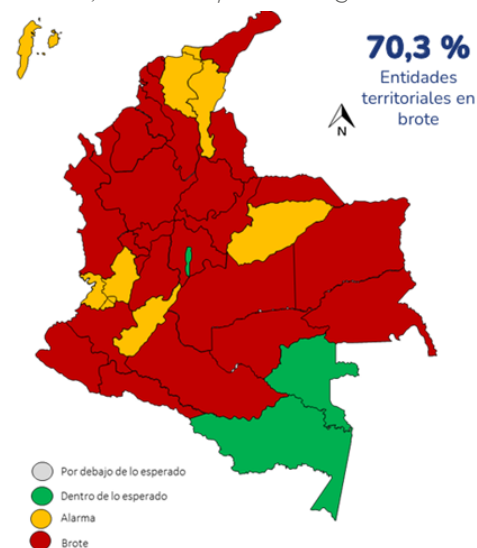
El sarampión debe sospecharse en pacientes con fiebre alta, exantema maculopapular, conjuntivitis, tos y coriza, con o sin antecedentes de contacto o viaje. El diagnóstico se realiza por detección de IgM, RT-PCR en suero, hisopado nasofaríngeo u orina. La notificación debe ser inmediata y acompañada de aislamiento respiratorio.

La E.S.E. Alejandro Próspero Reverend mantiene la vigilancia activa de casos febriles exantemáticos, especialmente en población migrante o no vacunada, asegurando la aplicación de las dos dosis de SRP en menores de 5 años. Es fundamental realizar búsqueda activa institucional e intensificar las actividades extramurales en barrios y corregimientos con coberturas bajas a través de los Equipos básicos en salud (EBS), personal del Plan de Intervenciones colectivas (PIC) y demás equipos extramurales. Se recomienda preparar rutas de aislamiento y protocolos de atención frente a casos sospechosos, evitando la transmisión nosocomial en cada uno de los centros de salud.

Riesgo de brotes de dengue Por la mayor circulación del Serotipo DENV-3 (OPS, 7 de febrero de 2025)

El año 2024 registró más de 13 millones de casos de dengue en las Américas, el total más alto en la historia regional. En lo corrido del 2025 (hasta la SE 4), se notificaron 238.659 casos sospechosos, de los cuales 57.899 fueron confirmados. Colombia ocupa el cuarto lugar en notificaciones (12.740 casos) y ha identificado la circulación del serotipo DENV-3, con focos en departamentos como Casanare y Norte de Santander, asociado a formas graves y defunciones pediátricas (OPS, 2025c).

Ilustración 14. Comportamiento epidemiológico de dengue por entidad territorial departamental y distrital, semana epidemiológica 08 2025



Fuente: Adaptado de Instituto Nacional de Salud. (2025). Informe de evento: Dengue, periodo epidemiológico II - 2025 [Captura de pantalla de figura del informe]. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DENGUE%20PE%20II%202025.pdf>.

El DENV-3, tras años de baja circulación, ha resurgido como un riesgo emergente. Su reintroducción expone a una población susceptible, especialmente menores de 15 años, sin inmunidad previa. El diagnóstico debe priorizar pruebas virológicas (NS1, RT-PCR) durante los primeros 5 días, y serológicas (IgM) en fase tardía. El manejo clínico se basa en la identificación precoz de signos de alarma: dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, sangrado, hepatomegalia, letargia y aumento del hematocrito. En la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend, se recomienda reorganizar el flujo asistencial para priorizar el traje clínico de pacientes febriles en consulta externa y urgencias, mantener capacidad resolutoria frente a casos graves, y fortalecer el control vectorial con participación comunitaria a través de las intervenciones comunitarias con los EBS y el PIC. Es vital la articulación con entomología distrital, la vigilancia intensiva de signos de alarma, y la implementación de estrategias educativas en barrios con antecedentes de brote. También debe garantizarse el abastecimiento de insumos y soluciones parenterales.

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. (2025a). Alerta epidemiológica: Fiebre amarilla en la Región de las Américas – 26 de marzo del 2025. OPS/OMS.
<https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-mar-26-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final-es.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025b). Alerta epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas – 28 de febrero del 2025. OPS/OMS.
<https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-feb-28-phe-alerta-epi-sarampion-es-final2.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025c). Alerta epidemiológica: Riesgo de brotes de dengue por la mayor circulación de DENV-3 en la Región de las Américas – 7 de febrero del 2025. OPS/OMS.
https://www.paho.org/sites/default/files/2025-02/2025-feb-7-phe-epi-alerta-dengue-es-final2_0.pdf

